



TITLE:

学会抄録 第242回日本泌尿器科学
会東海地方会(2008年12月14日(日),
於中外東京海上ビルディング)

AUTHOR(S):

CITATION:

学会抄録 第242回日本泌尿器科学会東海地方会(2008年12月14日(日), 於
中外東京海上ビルディング). 泌尿器科紀要 2009, 55(12): 787-789

ISSUE DATE:

2009-12

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/89681>

RIGHT:

許諾条件により本文は2011-01-01に公開

学会抄録

第242回日本泌尿器科学会東海地方会

2008年12月14日 (日), 於 中外東京海上ビルディング

副腎皮質癌の2例：吉田真理, 小川将宏, 塩田隆子, 石田 亮, 錦見俊徳, 山田浩史, 横井圭介, 小林弘明 (名古屋第二赤十字) 副腎皮質癌は比較的頻度の低く, 予後不良の悪性腫瘍である。今回われわれは, 49歳, 男性, 22歳, 男性に発症した副腎皮質癌の2例を経験したので報告した。それぞれ術前検査にて $13 \times 10 \times 12.5$, $12 \times 9.1 \times 7.8$ cm と大きく, 副腎皮質癌が疑われたため, 手術を施行した。それぞれ Weiss の criteria を6項目満たし, adrenal cortical carcinoma と診断。病期は pT3N0M0 の stage 3 および pT2N0M0 の stage 2 であった。現在 adjuvant のミトタン 1.5 g/日内服にて再発は認めていない。ミトタンの adjuvant としての有効性は術後早期にミトタンの投与を開始した群は生存期間の延長がみられるという報告もあり, 術後補助療法を受けた患者の中には著効例も少なからず存在する。したがって現時点では術後補助療法は第一選択として考慮されるべきだと考えられる。

術後晩期縦隔転移と考えられた小児腎細胞癌の1例：川上正能, 野本剛史, 本郷祥子, 稲土博右 (清水), 花井一也, 寺地敏郎 (東海大), 小方康生 (湘南東部) 18歳, 女性。主訴：胸部異常陰影。現病歴：9歳時に他院にて, 腎細胞癌の診断のもと, 左根治的腎摘除術を施行された。術後補助療法として1年間 INF α と UFT による治療が施行された。その後は, 1年に1回経過観察されていた。2005年5月, 大学入学時の健診にて胸部異常陰影を指摘され当院受診。胸腹部理学所見上明らかな異常を認めなかった。胸部単純レントゲンで右上縦隔陰影の拡大を認めた。胸部 CT では同部位に充実性の腫瘍状陰影を認めた。気管支鏡にて腫瘍の気管内支内への浸潤を認め, 同部位の擦過組織診にて腎細胞癌縦隔転移と診断した。2005年6月より IFN α および IL-2 投与による加療を行ったが, 治療抵抗性で腫瘍は徐々に増大を認めた。2008年5月からはソラフェニブ単独投与へ変更したが, 効果が乏しく癌性悪液質が進行し, 2008年9月に死亡された。

腎癌との鑑別が困難であった Epithelioid AML の1例：加藤成一, 清家健作, 前田真一 (トヨタ記念), 山本直樹 (岐阜大) 54歳, 男性。発熱, 全身倦怠感を主訴に受診。左腎に15 cm の腫瘍を認めた。造影 CT では左腎外側に造影効果のある索状影を認め, 内部には脂肪を示す造影効果のない低吸収部分が存在し angiomyolipoma (AML) が疑われたが, 連続する背側の腫瘍は多血性で脂肪成分の含有が少なく腎癌も疑われた。右腎にも AML と考えられる腫瘍を認めた。結節性硬化症を疑わせる所見は認めず。左腎腫瘍は AML と診断し選択的腎動脈塞栓術を施行。2週間経過後も発熱が持続し左腎腫瘍のサイズは不変であったため, 根治的腎摘出術を施行。病理では一部に脂肪, 血管, 筋肉組織を含む典型的な AML を認めたものの, 背側の腫瘍では細胞異型の目立つ類上皮細胞がシート状に増殖し, 免疫染色にて腫瘍細胞は HMB45 陽性, CD10 陰性より epithelioid AML と診断した。

多血症を伴った右腎細胞癌の1例：廣瀬泰彦, 守時良演, 神沢英幸, 加藤利基, 秋田英俊, 岡村武彦 (安城厚生) 80歳, 男性。2008年8月, 血尿出現。前医にて, 遠隔転移のない10 cm 大の右腎腫瘍と診断され, 当院紹介。多血症を認め, 血清エリスロポエチンは, 117.0 mU/ml と高値であった。10月, 右腎動脈塞栓術施行後, 経腹の腎摘除術を施行。16 cm 大の壊死をふくむ黄色軟な右腎腫瘍で, 病理診断は, 淡明細胞癌, G2>G3, INF α , V+, pT2Nx であった。エリスロポエチン免疫染色で癌病変の細胞質は濃染された。術後, 血清エリスロポエチンは15.7 mU/ml と低下, 血清ヘモグロビン値も正常化した。以上より多血症を伴うエリスロポエチン産生腎細胞癌と診断した。現在再発なく経過観察中である。腎癌に多血症が合併する頻度は数%といわれるが, その報告例は少なく, 本邦では19例目と思われた。

診断に苦慮した腎盂癌の1例：藤井泰善, 神谷浩行, 彦坂敦也, 岩瀬 豊 (豊田厚生) 44歳, 男性。主訴は肉眼的血尿, 左腰背部痛。

肉眼的血尿出現するも半年間放置。腰背部痛出現し当科受診。腹部 CT にて左腎腫大, 左腎尿管移行部に直径 20 mm の結石, 高度腎盂拡張あり, 一部出血も認め入院。血液生化学検査所見では血清 Ca の増加あり, IntactPTH は正常値であったため悪性腫瘍の合併も考慮。追加検査で PTHrP の上昇, 超音波検査で一部に血流を認める充実性腫瘍あり。MRI で腎腫瘍は T1, T2 とも low intensity。逆行性腎盂造影で陰影欠損像あり, 分腎尿細胞診疑陽性。胸部 CT, 骨シンチグラフィで多発肺転移あり。腎盂腫瘍の可能性もあり左腎尿管全摘を予定するも, 術中, 腎門部に腫大したリンパ節を認め, 腎摘除術施行。病理組織学的検査では腎盂癌。術後血清 Ca と PTHrP は減少。

Fallow 四徴症に合併した腎膿瘍の1例：山田佳輝, 高木公曉, 宇野雅博, 米田尚生, 藤本佳則 (大垣市民) Fallow 四徴症のため経過観察中の46歳, 女性。2008年4月に歯科治療を受けてから発熱出現し経口抗生剤を服用するも改善なく発熱・全身倦怠感に加えて左腰背部痛も出現したため当院受診。US・CT にて左腎上極に膿瘍を認め当科紹介。抗生剤点滴・膿瘍ドレナージ施行し全身状態改善を認めた。膿瘍内容は悪臭を伴い培養 *Streptococcus constellatus* を検出, 血液培養は陰性であった。*Streptococcus constellatus* は口腔レンサ球菌であり歯科治療を契機に腎膿瘍が形成されたと思われる1例を文献的考察を加えて報告する。

後腹膜腔に発生した脱分化型脂肪肉腫の1例：中根明宏, 永田大介, 河合憲康 (東市民), 丸山哲史 (守山市民) 76歳, 女性。2008年6月, 右側腹部痛, 右側腹部に触知する腫瘍を主訴に近医受診。当科紹介初診。CT, MRI にて腸腰筋と境界不明瞭な $126 \times 96 \times 130$ mm の内部不均一に造影効果を認める後腹膜腫瘍を認めた。同年7月浸潤した腸腰筋も合併し経腹的右後腹膜腫瘍摘除術を行った。最大経17 cm, 932 g の巨大な腫瘍塊であり, 病理組織は脱分化型脂肪肉腫であった。術後2カ月で局所再発, 腎転移を認め, 全身化学療法が必要と判断し, weekly paclitaxel 療法 (day 1, 8, 15 に 100 mg/m^2 , 4週毎) と局所放射線治療 40 Gy を行った。術後5カ月で死亡した。巨大なものは完全切除が難しく, 有効な化学療法は散見されるのみで, 標準的な治療法はない。5年生存率が20~40%であり, QOL を考慮した治療法を選択することも重要であると考えられた。

女児尿管異所開口の1例：岩月正一郎, 小島祥敬, 宇佐美雅之, 池上要介, 黒川寛史, 安藤亮介, 窪田泰江, 伊藤恭典, 佐々木昌一, 戸澤啓一, 林 祐太郎, 郡 健二郎 (名古屋市大) 3歳, 女児。既往・家族歴に特記事項なし。尿失禁を主訴に近医受診。超音波検査で左腎低形成を認めたため, 当科紹介された。来院時, 腔からの尿と考えられる液体の流出を認め, 尿管異所開口が疑われた。造影 CT で左腎低形成と右腎の腫大が認められ, 3D-CT で左尿管の腔への異所開口が疑われた。 $^{99\text{m}}\text{Tc-DMSA}$ シンチグラフィでは左右腎への取り込み率がそれぞれ98.4%と1.6%を示した。さらに膀胱腔鏡で左尿管の腔壁への開口部と考えられる部分を認め, インジゴカルミン静注にて色素の流出を確認した。以上より, 左低形成腎と, 左尿管の腔への尿管異所開口と診断し, 腹腔鏡下尿管摘除術を施行した。術後, 尿失禁はみられておらず, 外来にて経過観察中である。

巨大膀胱結石を伴った進行性膀胱癌の1例：平林裕樹, 上平 修, 守屋嘉恵, 荻倉祥一, 木村恭祐, 深津顕俊, 吉川羊子, 松浦 治 (小牧市民) 45歳, 男性。数年前健診で尿管結石を指摘されるも放置。2008年7月排尿時痛, 右下肢痺れにて当科初診。血清 Ca 15.5 mg/dl , 画像上長径 8 cm の膀胱結石, 両側水腎症を伴う進行性膀胱癌 (cT3bN3M0) と診断。SCC 1.7 ng/ml と高値。両側腎瘻造設後膀胱生検施行, 病理は UC > SCC, G2 > G3。Gemcitabine, docetaxel, carboplatin 3剤併用化学療法を3コース施行するも奏功せず SCC は 3.1 ng/ml まで上昇。10月膀胱全摘, 骨盤内リンパ節郭清, 回腸導管造設術施行。手術時間643分, 出血量1,734 ml, 摘出膀胱 910 g, 内腸

骨リンパ節 149 g, 膀胱結石 260 g. 術後 SCC は速やかに正常化した. 病理組織診断は SCC>UC, G2-G3, pT3a, pN3 であった. 術後 methotrexate, bleomycin, cisplatin 3 剤併用化学療法施行. 1 コース終了後現在, SCC の上昇を認めていない.

陰茎絞扼症の 1 例: 田口和己, 小林大地, 成山泰道, 窪田裕樹, 山田泰之 (海南) 73歳, 男性. 工具用リング挿入後 8 日目で来院. 初診時陰茎は浮腫著明で肉様膜まで裂け, 白膜は保たれていた. 当日絞扼物切断および陰茎修復術を施行. 術後陰茎の壊死・尿道皮膚瘻・勃起不全などの後遺症は認めなかった.

肝右葉・胆嚢合併切除を行い摘出した右副腎皮質癌の 1 例: 伊藤寿樹, 栗田 豊, 細川真吾, 松本力哉, 甲斐文丈, 永田仁夫, 今西武志, 大塚篤史, 高山達也, 古瀬 洋, 麦谷莊一, 牛山知己, 大園誠一郎 (浜松医大), 和田英俊, 小林利彦 (同外科), 沖 隆 (同内科) 54歳, 男性. 主訴は体重増加と全身性浮腫. 腹部 CT にて径 14 cm 大の右副腎腫瘍を認め, 腫瘍は下大静脈を前方に圧排し肝への直接浸潤が疑われた. 血液尿所見より右副腎癌による Cushing 症候群と考え, 右副腎・肝右葉・胆嚢合併切除を施行. 下大静脈は温存した. 病理組織学的に腫瘍は Weiss の criteria 8 項目を満たし, MIB-1 index が50~60%であった. 肝直接浸潤と肝内微小転移・リンパ節転移を認め, 副腎皮質癌 pT4N1M1 (liver) と診断. 術後, mitotane と DXR/ETP/CDDP による補助化学療法を開始. 術後 4 カ月で骨・肝転移を認め放射線治療, RFA を施行. 術後14カ月現在, 集学的治療を継続中.

腎盂内へ發育した Intralobar nephrogenic rest の 1 例: 水野健太郎, 岩月正一郎, 戸澤啓一, 広瀬真仁, 岡田敦志, 小林隆宏, 柴田泰宏, 梅本幸裕, 安井孝周, 橋本良博, 佐々木昌一, 林 祐太郎, 郡 健二郎 (名古屋大) 3 歳 8 カ月の男児. 無症候性肉眼的血尿を自覚し当院小児科を受診. 腹部超音波検査にて左腎にクローバー状の不整腫瘍を認めたため, 当科紹介受診. CT・MRI では左腎盂内に不均一に造影される 7 cm 大の腫瘍を認め, 一部腎実質内への浸潤も疑われた. 尿細胞診は疑陽性. Wilms 腫瘍を疑い, 根治的左腎摘術を行った. 左腎実質は菲薄化・水腎症を呈し, 表面不整・黄白色のカリフラワー状腫瘍が腎盂内に充滿していた. 腫瘍は上極の腎盂粘膜に沿って広がるとともに腎盂内へ突出するように發育しており, 病理結果は Hyperplastic intralobar nephrogenic rest (INR) であった. INR は Wilms 腫瘍の前駆病変と考えられ, 病理組織学的に構成細胞の形態が区別し難い. 完全切除された stage 1 の Wilms 腫瘍に準じて, 術後化学療法を行っており, 現在まで再発・転移を認めていない. なお本症例の染色体は 46,XY の正常男性型で, 腎病変以外には明らかな先天異常は認めなかった.

ゲフィチニブが原因と思われた尿路出血による腎後性腎不全の 1 例: 永井真吾, 堀江憲吾, 菊地美奈, 増栄孝子, 横井繁明, 仲野正博, 伊藤慎一, 江原英俊, 出口 隆 (岐阜大) 82歳, 女性. 肺腺癌に対し, ゲフィチニブを投与されていた. 投与45日目より肉眼的血尿を認め, 投与52日目より右側腹部痛も出現し, ゲフィチニブ投与中止された. 腹部 CT では右水腎症を認め, 膀胱鏡所見では両側尿管口からの血尿を確認した. 投与53日目より左側腹部痛も出現し, 血清クレアチニン 1.35 mg/dl と腎機能障害を認めた. 腹部 CT では両側の水腎症を認めたが, 出血の原因となるような異常は指摘されなかった. 臨床経過からは, 凝血塊が間欠的に尿管に嵌頓し症状が出現していると考えられた. 上部尿路出血の原因としては薬剤性が疑われた. 休薬および保存的治療にて水腎症・腎機能障害および血尿は軽快した.

腎動静脈奇形の 1 例: 加藤義晴, 飛梅 基, 渡邊将人, 勝田麗美, 全並賢二, 成瀬克也, 中村小源太, 青木重之, 瀧 知弘, 山田芳樹, 本多靖明 (愛知医大), 七浦広志 (国保坂下) 26歳, 女性. 既往歴および家族歴に特記事項なし. 3 週間前からの肉眼的血尿と尿量減少を主訴に他院を受診. 膀胱内には明らかな腫瘍性病変や出血源は認められなかったが, 多量の凝血塊を認めた. 頻回の膀胱内血腫除去術を施行したが, 血尿は改善しなかった. 造影 CT 動脈相で右腎静脈の早期の造影効果を認め, 右腎動静脈奇形と診断した. 血液検査で貧血の進行を認め, 選択的動脈塞栓術を目的として当院当科へ緊急搬送となった. 全身状態は良好であった. 右腎動脈造影では腹側枝の下極末梢に異常血管を認め, 3 か所を塞栓した. 塞栓物質にはリピオドール

と NBCA (n-butyl 2-cyanoacrylate) の 2 : 1 の混合液を使用した. 術後から血尿は消失し, 6 カ月以上経過するが再発は認めていない.

腎に転移した悪性孤立性線維性腫瘍 (SFT) の 1 例: 加藤康人, 白木良一, 佐藤乃理子, 杉山大樹, 丸山高広, 佐々木ひと美, 日下守, 早川邦弘, 星長清隆 (藤田保衛大), 鷺見大輔 (同整形外科), 黒田 誠 (同病理) 74歳, 女性. 2002 年左足原発の SFT に対し左足首切断. 同年肺転移, 翌年には頸部再発し腫瘍摘出. 今回左背部痛出現し CT 上腎腫瘍の自然破裂, 下大静脈塞栓を認め, 腎摘除術施行. 病理診断は SFT の腎転移であった.

Sorafenib の再投与が可能であった腎細胞癌の 1 例: 中根慶太, 高橋義人, 豊田将平, 萩原徳康, 谷口光宏 (岐阜県総合医療セ), 野村昌代 (同皮膚科), 岩田 仁 (同病理), 江原英俊, 出口 隆 (岐阜大) 50歳代, 男性. 右腎癌 cT3aN0M1, 多発肺転移に対して右腎動脈塞栓術後 IFN- α , IL-2 による免疫療法施行. 病勢進行したため, sorafenib による分子標的治療を開始. 投与開始10日後に多形紅斑と発熱が出現し投与中止. 多形紅斑型の薬疹と診断. 再投与の際は通常量の 1/4,000量から開始し, 副作用の再現を認めず通常量の半分量を投与続行することが可能であった. Sorafenib による多形紅斑の発生機序は明らかでないが, 症状, 経過からは IV 型アレルギーの関与が疑われたため, drug challenge test と治療再開をかねて再投与を開始した. 投与再開後 4 カ月経過し, 肺転移巣は SD である.

集学的治療が有効であった骨盤内平滑筋肉腫の 1 例: 三木 学, 西川晃平, 佐々木豪, 岩本陽一, 舩井 覚, 長谷川嘉弘, 山田泰司, 曾我倫久人, 木瀬英明, 有馬公伸, 杉村芳樹 (三重大) 59歳, 男性. 2007 年 1 月より頻尿が出現. 同年 6 月に切迫性尿失禁出現. 近医を受診し平滑筋肉腫と診断され当科紹介受診. 8 月に骨盤内腫瘍摘出術を行った. 病理所見は平滑筋肉腫であった. 術後経過観察中の術後 3 カ月後に CT にて多発肺転移を認め, タキソテール+ジェムザールの投与を開始した. 3 コース終了まで肺病変は制御可能であったが, 4 コース目で増大する腫瘍を 1 箇所認め, これを RFA にて焼灼後, 2 コース化学療法を追加. 現在他に増大する病変は認めていない.

メシル酸イマチニブが奏効した骨盤内 GIST の 1 例: 小林大地, 田口和己, 成山泰道, 窪田裕樹, 山田泰之 (海南) 55歳, 男性. 尿閉にて初診. CT にて巨大骨盤内腫瘍を認めた. 生検にて紡錘細胞肉腫と診断. 骨盤内腫瘍膀胱前立腺全摘術施行. 病理結果は GIST であった. 術後再発に対しメシル酸イマチニブにて縮小効果を認めた.

前立腺原発 Ewing's sarcoma/PNET の 1 例: 舟橋康人, 吉野能, 奥村敬子, 浅井健太郎, 佐々直人, 松川宣久, 小松智徳, 青木重之, 水谷一夫, 山本徳則, 服部良平, 後藤百万 (名古屋大) 20歳, 男性. 排尿時痛, 血尿の精査にて前立腺部に 10×7×6 cm 大の内部不均一, 分葉状の腫瘍性病変を認め, 両肺野に複数の転移性病変が確認された. 経直腸的前立腺針生検を施行, HE 染色にて小円型細胞のび慢性の増生を認め, 前立腺の腺管構造は確認されなかった. 免疫染色では CD99 が軽度陽性, PSA は陰性, NSE は陽性であり, Ewing's sarcoma/PNET と診断された. 化学療法 (Ifosfamide 4.5 g on days 1, 2, 3) を 3 コース施行し, 肺転移は消失, 原発巣は著明に縮小した. 前立腺全摘を施行, 摘出臓器にはごく一部に viable な腫瘍細胞を認めるのみであった. 術後 3 カ月現在, 再発の徴候を認めていない. 前立腺原発の Ewing's sarcoma/PNET は非常に稀であり, 過去に 4 例の報告があるのみである.

特別企画

ソラフェニブにて 26 カ月間の病勢進行を抑えることが可能であった多臓器転移を有する腎細胞癌の 1 例: 岩本陽一, 曾我倫久人, 三木学, 佐々木 豪, 舩井 覚, 西川晃平, 長谷川嘉弘, 山田泰司, 木瀬英明, 有馬公伸, 杉村芳樹 (三重大) 52歳, 男性. 2000 年 12 月近医泌尿器科受診し, 左腎癌・肺転移と診断され, 根治的左腎摘出術を施行された. その後, 対側腎・左総腸骨周囲リンパ節転移が出現し, 紹介受診. 当院にて, ソラフェニブ 800 mg/分 2 を開始し, 6 週後には腫瘍縮小率 30.4% と PR がえられた. その後は, 増大・縮小を繰り返し, SD のまま 26 カ月経過したところで, 胸椎転移が出現し, PD との診断となった. ソラフェニブ治療中の副作用が各種生じたが, 休薬・減量などを行うことなく, それぞれ対症療法にて副作用を乗り切

ることができた。

腎細胞癌患者を対象とした **BAY43-9006** の第2相臨床試験に参加し治療した **1例**：奥村敬子，浅井健太郎，舟橋康人，佐々直人，松川宜久，小松智徳，水谷一夫，吉野 能，山本徳則，服部良平，後藤百万（名古屋大） 48歳，男性。他院にて2000年5月左腎細胞癌に対し根治的左腎摘除術。T2N0M0，pT2，clear cell，腫瘍径8cm stage 2と診断。2003年12月に肺転移出現。IFN α 単独→IFN α + IL-2→IL-2 単独で治療行ったが，腫瘍の増大。ソラフェニブ治療目的にて当科紹介受診。2005年7月第2相臨床試験に登録し，ソラフェニブによる治療開始。12週間で22%の腫瘍縮小を認めたが，新病変出現あり，プロトコル規定により，2005年10月ネクサパール中止。2006年1月CTにて脳転移出現し，永眠。ソラフェニブ治療継続可能であれば，若干の生存延長が期待できたと推測され，中止によるリバウンド現象による病勢悪化の可能性も考えられた。

転移性腎細胞癌においてソラフェニブが奏功した腎癌の **1例**：篠田嘉博，岡田正軌，上條 渉（蒲郡市民），本多靖明（愛知医大） 60歳，男性。右腎癌にて根治的右腎摘出術施行。病理所見は clear cell carcinoma G2，pT2N0M0，V（+）。術後肺および肺門リンパ節に転移が認められたため IFN- α ，IL-2 を使用するも効果なくソラフェニブ投与にて転移巣の縮小がみられた。ソラフェニブの副作用も含めて報告する。

進行性腎細胞癌に対して分子標的薬が奏効している **1例**：高山達也，古瀬 洋，栗田 豊，麦谷荘一，牛山知己，大園誠一郎（浜松医大） 69歳，男性。2001年7月根治的腎摘除術を施行し，pT1aN0M0，G1，INF α ，v（+）であった。2005年5月に肺転移が出現し，IFN α を3カ月投与後 NC であり摘出した。2006年1月新たに肺転移が出現，IFN α + IFN γ を4カ月投与後 NC であり摘出した。IFN α を継続投与するも2006年10月脾転移が出現，IL-2 を追加し，4カ月投与するも脾転移は PD，さらに多発肝転移を認めたため，2007年3月脾摘，肝転移は可及的にラジオ波で治療した。IL-2 のみを継続投与するも多発肝転移は PD となり，ゲムシタビンを投与したが2008年2月肝転移は PD，さらに新たな肺転移が出現した。2008年3月よりソラフェニブ 800 mg/日を開始した。投与6カ月後，肺，多発肝転移ともに PR である。G3 の手足反応と高血圧のため，一時休薬したが，現在は 800 mg/日を継続している。

ソラフェニブが有効であった多発転移の **1例**：仲野正博，出口 隆（岐阜大），近藤恒徳（東京女子医大） 60歳代，男性。2007年10月，

下大静脈，腰静脈，副腎静脈，精巣静脈内腫瘍塞栓を有する左腎癌，T3bN0M0と診断され，当院紹介受診。手術待機中の同年11月中旬，下大静脈内腫瘍塞栓が離断し，右肺動脈へ移動したが自覚症状なし。同年12月，左腎摘除および腫瘍塞栓摘除術を施行。腎細胞癌，clear cell carcinoma，grade 3 であった。2008年1月よりインターフェロン α 投与開始。同年2月のCTで肺，肝，骨転移，局所再発出現。同年3月よりソラフェニブ 800 mg/day 投与開始。同年5月のCT検査で肺転移，局所再発部の消失，肺動脈腫瘍塞栓，肝転移，骨転移の縮小を認めた。現在，ソラフェニブの効果は持続しているが，grade 3 の副作用（高血圧，下痢，手足症候群）が出現し，下痢のコントロールが困難であるため，やむを得ず減量した。

ソラフェニブが奏功した **1例**と副作用に苦慮した **1例**：岡村武彦（安城更生） 症例1，64歳，男性。右腎細胞癌肺転移・胸水でドレナージ後にインターフェロン α を使用するも肝障害で中止。骨転移も出現し，腎摘除術後にIL-2 開始。腹壁転移・局所再発あるもIL-2 増量で一時消失。しかし，肺・腹壁転移再度出現。徐々に増大し，局所の疼痛も出現したためソラフェニブに変更し，腫瘍の増大は止まり，症状も軽快した。症例2，63歳，男性。馬蹄腎右下極腎細胞癌で両側副腎・肺転移あり。馬蹄腎狭部離断＋右腎摘除術後インターフェロン α で肺転移は著明に縮小，右副腎全摘＋左副腎部分切除。肺転移が再度増大し，右肺上葉部分切除。その後IL-2・主気管支閉塞予防で肺門部放射線照射を行うも効果不十分でソラフェニブを追加した。手足症候群などで一時中止，半量投与で継続中。

腎細胞癌に対する薬物療法の現況と展望：大家基嗣（慶應義塾大） 転移巣を伴う腎細胞癌に対してはこの約20年間インターフェロン α あるいはインターロイキン2を中心とした免疫治療が広く行われてきた。この1年間に分子標的薬である sorafenib（ネクサパール）と sunitinib（スーテント）が相次いで認可された。両者は血管新生阻害薬であり，VEGF のレセプター（特に VEGFR2）のチロシinkinase 活性を阻害することにより，血管新生を抑制し，抗癌作用を有するものと考えられる。しかし，免疫治療がすべて分子標的薬に置き換わる訳ではなく，薬剤の選択においては，患者の年齢，併存疾患，転移臓器などを考慮して個々に慎重に決定する必要がある。疾患特異的分子標的薬ではないので，今後さらにより効果が高い，あるいは副作用の少ない薬に置き換わっていく可能性もある。臨床においては，代表的な副作用である皮膚障害，高血圧，下痢に加えて，様々な副作用が出現する可能性を念頭に入れ，患者の訴えを細かく聞くことが重要である。